H111
P232

DISSERTATION

N° 258.

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR ADOLPHE-AUGUSTIN AZAMBRE, de Fayt,

Département du Nord;

Bachelier ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

27588

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Président.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, Examinateur.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	FOUQUIER, Examinateur. BOUILLAUD. CHOMEL, Suppléant. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	BOYER. JULES CLOQUET. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin, Examinateur.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur, Suppléant.
Brongniard.	Mattin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard, Examinateur.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Amour filial.

A.-A. AZAMBRE.

DISSERTATION

SUR

L'HYDROCÈLE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

Dans son acception littérale, le mot *hydrocèle* est applicable à toute tumeur contenant de l'eau ; mais les chirurgiens l'ont toujours employé pour désigner une tumeur aqueuse développée dans le tissu cellulaire du scrotum ou épanchée dans quelqu'une des enveloppes du testicule et du cordon spermatique. Dans le premier cas, on l'a appelée *hydrocèle par infiltration;* dans le second, *hydrocèle par épanchement.* On admet généralement trois variétés : l'*œdème du scrotum*, *l'hydrocèle enkystée du cordon spermatique*, et *l'hydrocèle de la tunique vaginale.* Comme cette dernière variété est la plus fréquente, j'ai cru devoir la choisir pour sujet de ma dissertation, et je pense qu'il est nécessaire de donner d'abord l'histoire succincte de la formation de la tunique vaginale.

Au moment où le testicule franchit l'anneau pour descendre dans les bourses, il pousse et entraîne avec lui le péritoine qui doit lui

servir d'enveloppe particulière. Pendant quelque temps la tunique vaginale est commune au testicule et au cordon ; mais bientôt la communication qui avait lieu entre le péritoine et le prolongement de cette membrane cesse d'exister ; le péritoine se cicatrise au niveau du canal inguinal, et l'autre portion, se fermant au-dessus du testicule, forme à cet organe une enveloppe qui ne remonte que peu ou point sur le cordon. C'est une tunique séreuse, mince, diaphane, transparente, sans ouverture, adhérente d'une part à la membrane albuginée et à l'épididyme, et déployée, d'autre part, à l'intérieur des autres tuniques, auxquelles elle est unie par un tissu cellulaire lâche.

La tunique vaginale se comporte avec le testicule comme le péricarde avec le cœur ; elle forme une poche qui est sans cesse humectée par la sérosité qui suinte de ses parois ; si alors les vaisseaux exhalans l'emportent sur les absorbans, il doit nécessairement en résulter la maladie qui nous occupe. Le testicule ne souffre pas de la présence de ce liquide, et il est placé tantôt plus haut, tantôt plus bas ; cela tient à la manière dont la tunique vaginale prête à son extension. Si c'est la partie inférieure de la tunique qui est la plus faible, le testicule occupe la partie supérieure de la tumeur ; si c'est la supérieure, l'inverse a lieu ; mais il occupe presque constamment sa partie postérieure, en raison de l'adhérence de la tunique vaginale avec l'épididyme.

Causes. — Elles sont à peine connues. L'état variqueux des veines spermatiques est-il la cause ou l'effet de l'hydrocèle ? On peut dire qu'en général cette maladie se développe sans causes apparentes ; quelquefois cependant elle paraît être l'effet du frottement exercé sur le scrotum, d'une contusion : elle peut se manifester non-seulement chez des adultes, mais encore chez les enfans, les vieillards, et surtout chez les hommes qui montent beaucoup à cheval ; elle affecte les personnes robustes et de la meilleure santé, ainsi que ceux qui sont faibles et mal portans.

Le volume de l'hydrocèle est variable ; la tunique vaginale peut

contenir depuis trois ou quatre cuillerées jusqu'à trois ou quatre livres de liquide, suivant que la maladie est récente ou ancienne.

Sa consistance n'est pas toujours la même dans les diverses périodes de la maladie. La tumeur est molle dans le principe, devient ensuite plus dense, et acquiert parfois une dureté telle qu'il est très-difficile de reconnaître la fluctuation.

La tumeur est ordinairement ronde dans le commencement, et devient ensuite pyriforme; sa plus grosse extrémité est en bas, et quelquefois sa pointe remonte si haut qu'elle s'engage dans le canal inguinal après l'avoir préalablement dilaté : dans ce cas on évitera de la confondre avec une hernie, en se souvenant des signes généraux de la maladie; son mode de développement, la transparence de la tumeur, etc., suffiront pour empêcher cette méprise; quelquefois la tunique, étant plus faible dans certains endroits, se laisse érailler par le liquide, et l'hydrocèle se présente sous forme de tumeur bosselée, dure, irrégulière, qui pourrait même, d'après un examen peu attentif, être prise pour un sarcocèle, surtout si la membrane qui l'enveloppe est très-tendue; la collection de sérosité offre une consistance assez grande.

Lorsque le liquide est limpide, d'une couleur citrine, l'hydrocèle est parfaitement transparente, et l'on reconnaît, dans ce cas, le lieu que le testicule occupe et les points où la tunique commence à s'épaissir et à devenir opaque. Cette transparence peut bien ne pas être si manifeste et même manquer entièrement, suivant l'épaisseur plus ou moins grande de la membrane, la densité, la couleur et les autres modifications du liquide épanché. Enfin il est souvent difficile de juger avec exactitude le volume du testicule.

La nature du liquide varie dans les circonstances suivantes : si l'hydrocèle est la suite d'une simple augmentation d'action dans les vaisseaux exhalans, ou bien de peu d'activité des absorbans destinés à repomper le liquide exhalé; le liquide alors sera séreux, limpide, transparent et de couleur citrine, si, au contraire, il y a eu une irritation assez vive de la tunique vaginale pour déterminer un épanchement

de sang, le liquide est rougeâtre, brunâtre, et quelquefois on trouve des caillots qui flottent dans la sérosité. Enfin, si la membrane séreuse est profondément altérée, on trouve une humeur épaisse, visqueuse, d'une consistance de miel.

Dans les premiers temps de l'hydrocèle, la tunique vaginale conserve presque toujours son épaisseur naturelle ; mais lorsque cette maladie est ancienne, cette membrane subit des modifications remarquables : tantôt il se développe sur sa face interne des pseudo-membranes, des érosions qui pénètrent quelquefois à travers la tunique albuginée jusque dans la substance du testicule ; d'autres fois, mais plus rarement, elle présente de véritables plaques cartilagineuses et même osseuses, d'une étendue variable.

Le testicule est souvent altéré dans le cas d'hydrocèle, et ces altérations peuvent avoir été la cause de l'épanchement au lieu d'en être la conséquence. Quelquefois c'est une simple tuméfaction de cet organe, qui devient plus gros et plus dur que dans l'état normal ; d'autres fois c'est un engorgement scrophuleux, squirrheux et même cancéreux ; on le voit aussi atrophié par la pression à laquelle il est soumis ; il est parfois aplati au point d'offrir une circonférence égale à la paume de la main.

Le diagnostic de l'hydrocèle n'est point toujours chose facile. On peut confondre cette maladie avec le sarcocèle, avec la maladie tuberculeuse du testicule, la hernie inguinale et l'hématocèle. Quels sont donc les signes différentiels de ces affections ? Dans l'hydrocèle, la tumeur est ordinairement lisse, molle, fluctuante et pyriforme ; dans le sarcocèle elle est bosselée, dure, douloureuse à la pression ; elle est plus pesante dans cette maladie que dans l'autre. La douleur, dans l'hydrocèle, consiste dans des tiraillemens dans les aines, dans la région des reins ; elle est lancinante dans le sarcocèle. Dans l'hydrocèle, on sent le cordon parfaitement sain à la partie supérieure de la tumeur ; dans le sarcocèle, il est rare qu'il ne participe pas plus ou moins à la maladie du testicule, surtout si la tumeur est volumineuse et qu'elle date de loin.

Mais si la tunique vaginale est épaissie, éraillée, au point qu'on ne puisse reconnaître la transparence, la fluctuation, la tumeur sera dure, opaque, bosselée ; les circonstances commémoratives alors nous apprendront qu'elle a commencé par être molle, fluctuante et sans douleur lancinante.

La douleur testiculaire déterminée par la pression, la fluctuation limitée, une sensation d'empâtement, de mollesse dans la tumeur ; l'existence de points durs, bosselés et séparés par des intervalles où la consistance du testicule est reconnue normale ; une inflammation limitée correspondant aux points fluctuans et qui indiquent que la tumeur va s'ouvrir ; signes qui caractésirent les tubercules du testicule, feront aisément distinguer cette affection de l'hydrocèle.

La hernie inguinale pourrait quelquefois offrir quelques-uns des caractères de l'hydrocèle ; est-elle réductible, on peut la confondre avec l'hydrocèle congéniale ; la transparence qui existe presque toujours dans celle-ci empêchera la méprise. L'hydrocèle congéniale, lorsqu'on la refoule dans le ventre, ne fait entendre aucun bruit, et elle est fluctuante ; la hernie, au contraire, fait entendre un gargouillement manifeste si elle est formée par les intestins, et n'offre point de fluctuation si elle est épiploïque ; mais si les deux maladies se trouvaient réunies, le diagnostic serait plus difficile : alors les différens signes indiqués plus haut existant en même temps, la tumeur est en partie transparente, en partie opaque ; refoulée dans l'abdomen, elle fait entendre du bruit si c'est de l'intestin qui se trouve au milieu de la sérosité ; la fluctuation peut s'y faire sentir. Si la hernie est irréductible, la transparence, le mode de développement de la tumeur, etc., suffiront pour la faire reconnaître.

L'hématocèle vaginale affecte la forme, la position de l'hydrocèle ; mais il suffira toujours, pour la distinguer de celle-ci, de se rappeler qu'elle est survenue brusquement à l'occasion d'une violence extérieure ; ce qui n'a pas lieu pour l'hydrocèle.

Traitement.

Le traitement est *palliatif* ou *curatif*.

Le premier convient chez des individus nerveux, pusillanimes, cacochymes, ou lorsque l'hydrocèle est très-volumineuse ; dans ce cas, on pourrait craindre que l'inflammation nécessaire à la cure radicale étant trop étendue, ne déterminât des accidens graves. Dans cette circonstance, on vide d'abord une partie du liquide, et quelques jours après on peut employer les moyens propres à fournir une guérison complète.

Parmi les moyens palliatifs, on doit compter le suspensoire, qui empêche les tiraillemens du cordon ; mais le plus important est celui qui consiste à donner issue au fluide ; le procédé mis en usage pour atteindre ce but est la ponction faite avec le trois-quarts.

Avant de pratiquer cette opération, on doit bien s'assurer de l'état de la tumeur, de la position du testicule, afin de ne point le léser. Comme cet organe occupe ordinairement la partie postérieure et moyenne de la tumeur, c'est à la partie antérieure et inférieure qu'il faut pratiquer la ponction. Quelquefois il occupe la partie supérieure, inférieure, et même antérieure ; *Scarpa* en cite un exemple remarquable dans lequel le cordon spermatique était disséminé en ce point ; il faut, dans ces cas divers, s'écarter des préceptes ordinaires. La transparence, lorsqu'elle existe, servira beaucoup à faire reconnaître ces diverses positions. Voici la manière de pratiquer la ponction : le malade est couché sur un lit ; l'opérateur, placé à sa droite, saisit la tumeur de la main gauche, située en arrière, afin de tendre la peau et de pousser la sérosité en avant ; de la main droite il prend le trois-quarts, préalablement graissé avec de l'huile, du cérat ; et, reconnu mobile dans la canule, il le tient à poignée par le manche, le doigt indicateur placé sur la canule, de manière à marquer l'étendue à laquelle on veut faire pénétrer l'instrument. Le trois-quarts est alors plongé par un coup sec et brusque, bien perpendiculairement aux

tissus : de cette manière le trajet est moins long, on est moins exposé à blesser les vaisseaux et les nerfs qui serpentent à la partie antérieure de la tumeur. Aussitôt qu'on éprouve le défaut de résistance, sensation qui annonce l'arrivée du trois-quarts dans le milieu du liquide, il faut faire exécuter à l'instrument un mouvement de bascule, qui, abaissant son manche vers la partie inférieure de la tumeur, le ramène à une direction parallèle à l'axe de la tumeur. Sans cette précaution, on s'expose à blesser le testicule. On conseille alors de saisir la canule de la main gauche pour la soutenir dans les parties, pendant qu'on retire le trois-quarts de la main droite. Mais en abandonnant ainsi la tumeur à son propre poids, n'a-t-on pas à craindre que l'extrémité interne de la canule ne sorte de la poche? circonstance qui rendrait toute injection impossible, et exposerait même à la faire dans les enveloppes extérieures des bourses, si l'on faisait la ponction pour obtenir ensuite la cure radicale. M. *Lisfranc* veut qu'un aide, remplaçant la main du chirurgien, continue à soutenir les bourses à la même hauteur. A mesure que la tumeur se vide, il faut que l'opérateur, attentif au mouvement de retrait qu'elle éprouve, enfonce la canule de plus en plus, afin d'éviter la sortie de l'intérieur de la tunique vaginale. Le liquide étant évacué, on retire la canule doucement, en la tournant alternativement à droite et à gauche entre les doigts, tandis que de l'autre main on soutient la peau pour empêcher les tiraillemens. Lorsqu'elle est sur le point de quitter la poche, on la retire d'un seul coup. On soutient les bourses avec un suspensoire, en ayant soin de placer sur la tumeur des compresses résolutives. La cicatrisation ordinairement s'opère en peu de jours; mais, dans quelque cas, la plaie s'enflamme, suppure : ces accidens cessent le plus souvent par un pansement simple. Quelquefois on a vu la suppuration si abondante et s'étendre si loin, qu'elle attaque la tunique vaginale, et produit accidentellement la cure radicale de l'hydrocèle. On répète de temps en temps cette opération, en ayant toujours soin chaque fois de connaître la position du testicule, parce que cet organe pourrait contracter des adhérences dans l'endroit où la ponction aurait été faite la fois précédente.

M. *Boyer* en rapporte un exemple dans son Traité des maladies chirurgicales.

L'hydrocèle ancienne ne peut être guérie radicalement que par des procédés chirurgicaux; mais lorsqu'elle est récente, on peut d'abord tenter certains topiques, qui ont quelquefois été employés avec succès : entre autres, les applications réfrigérantes et résolutives faites avec l'alcohol simple, camphré, l'éther ou l'eau végéto-minérale, la glace et la solution d'hydro-chlorate d'ammoniaque. Les frictions mercurielles sont préférables, lorsque le testicule est légèrement tuméfié. Le vésicatoire, employé par M. *Dupuytren*, a plusieurs fois réussi. La teinture d'iode peut aussi être mise en usage avec un grand avantage. J'ai vu trois cas de guérison d'hydrocèle récente, obtenus dans le service de M. *Ricord*, par ce seul moyen. Si le traitement topique a échoué, il faut avoir recours à des moyens plus énergiques et plus sûrs. Ces moyens sont au nombre de six : l'incision, l'excision, la cautérisation, le séton, la tente et l'injection.

En général, le but qu'on se propose d'atteindre par ces divers moyens est de susciter une inflammation assez intense dans la tunique vaginale et la membrane albuginée pour déterminer l'adhérence de ces deux tuniques dans tous les points de leur surface; il n'y a guère que le dernier procédé, l'injection, qui soit aujourd'hui mis en usage. L'incision doit cependant être préférée toutes les fois que l'hydrocèle est multiloculaire; l'excision ne doit être employée que dans les cas où la tunique vaginale est considérablement épaissie et cartilagineuse. Je ne décrirai donc que ces trois procédés, les autres n'étant que comme historiques de la science.

L'incision consiste à ouvrir le sac dans toute son étendue : le chirurgien, placé à la droite du malade, saisit la tumeur de la main gauche de manière à tendre la peau des bourses, et, armé d'un bistouri convexe, il incisera progressivement toutes les enveloppes de la tumeur. Arrivé sur la poche, il fait à la partie supérieure une ouverture assez grande pour pouvoir introduire deux doigts, et on achève de l'inciser avec un bistouri boutonné; on la remplit de char-

pie fine que l'on a soin d'enfoncer le plus en arrière possible, afin qu'aucune partie n'échappe à l'action de ce corps irritant. On place des compresses sur la charpie, et le tout est soutenu par un suspensoire. Le malade doit observer la diète, un repos absolu. Au bout de trois à quatre jours, on lève le premier appareil, et on le remplace par un nouveau, semblable au premier. Si l'inflammation qui survient dépassait les limites convenables, les cataplasmes, les émissions sanguines, seraient mis en usage. Lorsque la suppuration est bien établie, on cesse le pansement de la poche, et des plumasseaux secs, appliqués à l'extérieur, constituent tout le traitement.

2°. L'excision consiste à fendre la tumeur, comme dans le procédé de l'incision, puis à disséquer et enlever la tunique vaginale. La tumeur ayant été fendue avec les précautions indiquées plus haut, on saisit avec des pinces le feuillet pariétal de la tunique vaginale, on le dissèque jusqu'au lieu où il se réfléchit pour se continuer avec le feuillet testiculaire, et là on en pratique l'excision le plus près possible du testicule, pendant qu'un aide soutient cet organe. Je crois qu'il vaut mieux disséquer la tunique vaginale avant de l'ouvrir, comme le conseille *Sabatier* et M. *Boyer*. Le pansement est le même que celui de l'incision.

3°. Le procédé de l'injection consiste à remplacer momentanément le liquide de la tumeur par un liquide nouveau, plus ou moins irritant. Je pense qu'il vaut mieux exciter plus que moins la tunique vaginale; dans le premier cas, on a des moyens propres à ramener l'inflammation au type convenable, tandis que dans la seconde hypothèse on ne peut guère suppléer à son insuffisance. On doit, au reste, tenir compte de l'idiosyncrasie des sujets. Chez tel individu, une décoction vineuse de roses de Provins seule excitera beaucoup, même à une température modérée; chez tel autre, il faudra l'injecter à une température élevée et même l'aiguiser avec de l'alcohol. Les hydrocèles volumineuses et anciennes sont en général difficilement excitables. Voici comment on doit exécuter ce procédé : le scrotum étant rasé exactement, on pratique la ponction comme dans la cure

palliative; lorsque la sérosité sera complètement sortie, on fera verser dans une seringue convenable le liquide de l'injection; on introduit alors dans la canule le tube de la seringue, qui est soutenu par un aide chargé de pousser le liquide dans la tunique vaginale; le chirurgien doit lui-même tenir la canule du trois-quarts sans l'enfoncer ni la retirer, évitant d'en appliquer le bout contre la tunique, ce qui occasionerait un obstacle pour l'introduction du liquide; l'aide ne doit pas non plus presser sur la canule, et doit pousser le piston avec lenteur, surtout lorsque la tumeur est près d'atteindre son volume primitif. Lorsque l'injection est jugée suffisante, on retire la seringue avec précaution, de peur d'entraîner la canule du trois-quarts avec elle, ou de la faire sortir de la tunique vaginale; aussitôt le chirurgien place le doigt sur la canule, de manière à retenir le liquide dans la tumeur. Au bout de trois à quatre minutes, on laisse écouler le liquide, puis on recommence une injection avec une liqueur un peu plus chaude que la première; on la laisse séjourner pendant un même espace de temps. Quand on a donné issue au liquide de la dernière injection, on retire la canule, en ayant toutefois eu soin de comprimer légèrement les enveloppes du testicule pour faire sortir les dernières gouttes du liquide. Deux injections suffisent dans la majorité des cas, et l'on ne doit pas oublier d'établir une compression sur l'anneau inguinal pendant qu'on injecte le liquide, de peur qu'il n'existe une communication anormale entre la cavité abdominale et la tunique vaginale.

Le traitement ensuite consiste dans l'application, sur le scrotum, de compresses trempées dans du vin chaud jusqu'à ce que le gonflement soit porté au degré convenable; alors on les remplace par les émolliens; et enfin, lorsque la période d'inflammation est terminée, on a recours aux résolutifs. Le malade doit faire toujours usage d'un suspensoire.

Les douleurs vives que le malade ressent dans l'aine, dans le ventre, dans la région lombaire, sont d'un bon augure; mais la dou-

leur n'est point rigoureusement nécessaire pour assurer le succès de l'opération.

L'augmentation du volume de la tumeur, qu'on observe le lendemain même de l'opération, est due à la tuméfaction du testicule et surtout à une exhalation de liquide séro-albumineux dans la tunique vaginale.

Un des accidens fâcheux qui surviennent à la suite de l'injection est l'infiltration du liquide irritant dans le tissu cellulaire des bourses. Cet accident arrive presque toujours lorsque l'extrémité de la canule a quitté la cavité de la tunique vaginale, ou bien encore peut dépendre de l'éraillement de cette membrane excessivement distendue par l'injection d'une trop grande quantité de liquide. Dans ces cas, il peut en résulter une inflammation qui se terminera par résolution, par suppuration, par gangrène et même par la mort, suivant la quantité de liquide infiltré.

L'inflammation des veines spermatiques peut survenir à la suite de l'injection, si l'inflammation déterminée par l'opération est très-violente : alors la mort est la terminaison la plus ordinaire.

Le traitement de l'hydrocèle congéniale proposé par *Viguerie*, chirurgien distingué de Toulouse, consiste à refouler le liquide dans le ventre et à l'y retenir ensuite avec la pelote d'un brayer, comme on le fait dans la hernie. Il rapporte plusieurs exemples de guérison, et *Sabatier* a pu lui-même constater les heureux effets de cette méthode. Si le testicule est resté dans l'abdomen, ou s'il est arrêté dans le canal inguinal, les bains froids, les vésicatoires appliqués sur la tumeur ont quelquefois été employés avec succès. *Desault* a conseillé d'employer les injections irritantes, avec la précaution de comprimer sur le col de la tunique vaginale, afin d'empêcher le liquide d'entrer en contact avec le péritoine. Ce chirurgien célèbre rapporte l'observation d'un garçon de dix ans chez lequel on guérit, par ce procédé, une hydrocèle et une hernie congéniale.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect.* 2, *aph.* 46.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

IV.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

V.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.